

DES

N° 2

EXCROISSANCES CORNÉES

ET DE LA

TRANSFORMATION DE LEUR POINT D'IMPLANTATION

EN

NÉOPLASMES MALINS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier
le 5 Novembre 1887

PAR

Paul GILLES

Né à Saint-Marcel-d'Ardèche

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS
1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN DOYEN.

GRASSET, ASSESSEUR.

Professeurs.

Clinique médicale.
Clinique des mal. ment. et nerv.
Idem. (Chargé du cours).
Physique médicale.
Médecine légale et toxicologie.
Clinique chirurgicale.
Chimie médicale et Pharmacie.
Hygiène.
Pathologie interne.
Clinique médicale.
Botanique et Histoire Natur. méd.
Physiologie.
Clinique obstétricale et gynécologie
Clinique chirurgicale.
Opérations et appareils.
Pathologie externe.
Anat. pathol. et histol.
Anatomie (Chargé du cours).
Thérap. et Matière médicale.

MESSIEURS :
COMBAL (✱ ✱).
CAVALIER (✱).
MAIRET.
MOITESSIER (✱)
JAUMES.
DUBRUEIL (✱).
ENGEL.
BERTIN-SANS.
CASTAN.
GRASSET.
PLANCHON (✱ ✱).
LANNEGRACE.
DUMAS (LÉON).
TÉDENAT.
GRYNFELTT.
CHALOT.
KIENER (✱).
GILIS.
HAMELIN (✱).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✱ ✱).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✱), DUPRÉ (✱ C. ✱).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants. MM. BATILLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. N.
Clinique ophthalmologique. TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :
CARRIEU.
MAIRET.
MOSSÉ (✱).
REGIMBEAU (✱).
BLAISE.

MESSIEURS :
BAUMEL.
VILLE.
GRANEL.
FORGUE.
TRUC.

MESSIEURS
GERBAUD.
GILIS.
MALOSSE.
BROUSSE.

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. CHALOT, président;
GRYNFELTT, professeur.
FORGUE, agrégé.
TRUC, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

Ce travail, qui termine mes études médicales, je le dédie à ceux qui me sont chers entre tous, à mon père le Dr Gilles, dont les sages conseils m'ont suivi pas à pas jusqu'à ce jour, à ma mère si bonne, si affectueuse, à mes sœurs Marie-Louise et Marie-Marguerite, à mes beaux-frères Georges Puech et Joseph Destruel, et je leur dis à tous : « La vie est rude et le chemin que nous parcourons rempli d'aspérités, restons unis : quand l'orage grondera, serrons-nous les uns contre les autres, nous serons plus forts pour supporter les douleurs et les épreuves de l'existence. »

Ce devoir filial rempli, je tourne mes regards vers mes Maîtres bien-aimés, ces Professeurs si savants et si zélés qui nous découvrent l'horizon de la Médecine, nous guident à travers cette multitude de principes et de découvertes vers lesquels converge l'ensemble des connaissances humaines. Car toutes les sciences ne sont que les satellites de l'art de guérir et de conserver la santé : toutes apportent leur contingent à ce grand œuvre. Qu'y a-t-il de plus complexe que l'étude de l'homme au moral et au physique et qui pourrait se flatter d'arriver, en quelques années, à la connaissance de ce microcosme sans le secours et l'expérience d'un Maître éclairé qui a débrouillé pour nous et par avance ce cahos ?

J'adresse donc mes remerciements à tous mes Professeurs et j'exprime particulièrement ma reconnaissance à mon Président de thèse, M. le Professeur Chalot, toujours si bien-

veillant pour moi : non seulement il m'a dirigé dans ce travail, mais encore m'a prodigué ses conseils en toute circonstance ; à M. le Professeur Combal, grâce aux soins duquel j'ai vu, contre toute attente, se rétablir une santé bien précieuse ; à M. le Professeur-Agrégé Truc, devenu mon Maître après avoir été mon condisciple et qui m'a accueilli avec une bonté et une cordialité que je n'oublierai jamais.

A tous, l'assurance de ma profonde gratitude.

PAUL GILLES.

INTRODUCTION.

La corne est un tissu normal, spécial à certains organes, que l'on rencontre dans presque toute la série animale, depuis l'insecte, en passant par l'oiseau, jusqu'aux plus puissants mammifères. L'homme ne fait pas exception, il a des ongles. Mais en dehors de ce fait qui est la règle, et, sous l'influence de certain état morbide, il se développe parfois, quoique rarement, sur diverses parties du corps humain, des excroissances cornées qui constituent une aberration de la nature humaine et, tout en appelant l'attention, ressortent du domaine médical et thérapeutique. Ces monstruosité, qui étonnent, naissent sur la peau, sur les muqueuses; elles rappellent par leur composition la griffe, le sabot ou la corne de l'animal. Gurlt et Perls ont observé des cas de tumeurs cornées anormales chez les mammifères et les oiseaux. Anormales même, elles ne sont donc pas le privilège de la nature humaine. Les exemples d'excroissances cornées chez l'homme ne sont pas très nombreux, et pourtant, j'ai eu l'occasion de voir de mes yeux et de recueillir quatre observations. L'étrangeté de ces produits m'a frappé et m'a inspiré l'idée de faire des recherches dans les auteurs et traiter ce sujet.

D'après leur nature et l'issue de l'affection, les cornes peuvent se diviser en trois groupes bien distincts: 1° cornes bénignes, dont la chute ou l'ablation est toujours suivie de la guérison; 2° cornes semi-bénignes qui, après leur chute spontanée ou l'ablation, se reproduisent une ou plusieurs fois,

toujours sur le même point d'implantation; 3° cornes malignes, sous la dépendance d'une diathèse et qui, par suite de transformations néoplasiques, constituent une maladie des plus graves et d'une terminaison toujours funeste.

De singulières idées ont été émises au moyen âge sur la formation et l'étiologie des cornes. On a invoqué des causes occultes. Ebn Zohar parle d'un effort salutaire de la nature qui pousse au dehors l'humeur mélancolique. Zacutus accuse la turgescence de l'atrabile, Daniel Sennert le suc mélancolique. Eller invoque les particules de semences en excès. Puis vient Jean de Dole avec sa théorie du suc nutritif, dont les parties les plus fluides sont exhalées, tandis que les autres parties se concrètent et finissent par acquérir une consistance cornée. Que n'a-t-on pas dit et que n'a-t-on pas raconté?

F. Plazzonni a vu un moine qui avait l'œsophage charnu dans toute son étendue et une petite corne sur le front; il rattache ces deux visions, et ajoute: ce moine avait la nature de l'animal, il ruminait. Geronimo Fabricio emboîte le pas de Plazzonni, a les mêmes yeux et va même plus loin. Un quidam avait une corne sur le front et de là, naturellement, s'ensuivait que le fils ruminait.

Les temps où de pareilles théories étaient admises sont loin de notre époque et la science a fait des progrès. Nous n'admettons plus ces rêves d'un esprit en délire, nous voulons voir, nous rendre compte, expliquer d'une manière raisonnable tout ce qui nous semble même phénoménal, et si nous ne parvenons à comprendre le pourquoi et le comment de toutes choses, nous nous taisons, en attendant qu'une intelligence plus sagace ou des découvertes sérieuses nous donnent le mot de l'énigme.

Laissant donc de côté ces hallucinations et ce mysticisme, nous ferons appel aux lumières des vrais savants et examinerons notre sujet aux points de vue suivants :

- 1° Revue historique.
- 2° Statistique et réflexions.
- 3° Observations personnelles.
- 4° Etiologie et pathogénie.
- 5° Symptomatologie.
- 6° Anatomie pathologique.
- 7° Marche et pronostic.
- 8° Traitement.
- 9° Conclusions.

Je pense qu'en parcourant succinctement ce cadre, nous aurons mis en évidence tous les points importants du problème des cornes, et si nous n'avons pas trouvé beaucoup de neuf et d'inédit, nous aurons du moins fait tout ce que nous aurons pu pour rendre la question intéressante.

DES

EXCROISSANCES CORNÉES

ET DE LA

TRANSFORMATION DE LEUR POINT D'IMPLANTATION

EN NÉOPLASMES MALINS

— + × + —

REVUE HISTORIQUE.

Sans remonter à Moïse (*Cornuta facies*, dit l'Écriture), je ne m'arrêterai pas non plus aux naïvetés de quelques anciens, tels que Conrad Wolfhart, qui parle d'un enfant cornu né à Radstadt, que l'on « ouït pleurer et crier 14 jours avant sa naissance; » Gilbert Nozerenus qui tient d'un témoin oculaire le trait suivant : Un enfant naquit à Châtillon : il avait la face tournée du côté du dos, la tête surmontée d'une corne, aux doigts des griffes comme les ours. En naissant, ce petit monstre bondit à la figure de sa mère et l'aurait dévorée, si on ne l'en eût empêché : on l'étrangla.

Je laisserai même de côté le bon et crédule Ambroise Paré, avec son enfant né portant sur la tête 5 cornes sem-

blables à celles d'un béliet. Je passe à d'autres auteurs. Finceli et Amatus citent des histoires un peu plus croyables d'enfants nés avec une petite corne sur la tête.

Nous entrons enfin dans l'histoire sérieuse et scientifique. En 1553, existait une jeune fille ayant des excroissances cornées sur presque toutes les parties du corps. C'étaient des cornes très pointues et recourbées au sommet. Ingrassias réussit à les faire disparaître jusqu'à la dernière. Par quel moyen ? Il ne le dit pas.

Mézeray, dans son Histoire de France, dit qu'en 1559, il y avait au pays du Maine un campagnard, François Trouillu, âgé de 35 ans, porteur «à la tête d'une corne qui avait percé dès l'âge de 7 ans. Elle était cannelée en lignes droites et se rabattait en dedans comme pour pénétrer dans le crâne.» De Thou ajoute «que cette corne, placée au côté droit du front, s'étendait en se recourbant vers le côté gauche, de sorte que la pointe retombait sur le crâne et aurait blessé la peau, si on ne l'eût coupée de temps en temps : alors le patient ressentait de grandes douleurs.»

Thom. Bartholin, en 1646, eut la rencontre d'une Hollandaise de 70 ans, Marguerite Mayner. Il y avait plus de 20 ans qu'une corne avait commencé à paraître sur la partie moyenne du temporal ; elle avait grandi peu à peu jusqu'à devenir «semblable à une corne de chèvre.»

Joseph Lanzoni a vu un enfant posséder à la fois un bec de lièvre et un appendice corné au milieu du front.

Fabrice de Hilden relate l'histoire d'une jeune fille non réglée et affligée d'un si grand nombre de végétations cornées, de couleur brunâtre, les unes droites, les autres recourbées, que cette malheureuse ne pouvait ni se tenir debout, ni s'asseoir, ni marcher, sans de grandes souffrances. Un bon régime, des amers et les eaux sulfureuses amenèrent la menstruation et la guérison, mais cet heureux résultat ne tarda pas à se démentir.

Au bout d'un an, les excroissances se reproduisirent et la malade tomba dans un état d'épuisement qui mit fin à ses jours.

G. Franc a vu un couturier de 60 ans, avec une végétation cornée survenue à la suite d'une contusion.

J. Baubin mentionne deux cas : Une dame de 70 ans portait sur le front une corne divisée en 3 branches avec des nœuds. On aurait dit un bois de cerf pour la consistance, la couleur et la forme. Les deux branches latérales étaient courtes, celle du milieu plus longue et recourbée. « Quand ladite dame fronçait les sourcils, la corne suivait le mouvement, preuve qu'elle n'avait de connexion qu'avec la peau. » Dans le second fait, un homme, qui s'était contusionné à la région temporale droite, vit à ce même point surgir une corne semblable à celle d'un bélier.

Dans les Transactions philosophiques, Locke cite l'observation d'un jeune homme cornu.

Le mémoire de Malpighi, *de Cornuum vegetatione*, paru à la même époque, renferme également quelques exemples.

Saint-Georges Ash parle d'une petite Irlandaise qui, à l'âge de 3 ans, avait des excroissances cornées sur toutes les parties du corps, surtout aux articulations. A la pointe de chaque coude, ces élévations, comparables à des cornes de bélier, avaient une longueur de quatre pouces sur un demi-pouce de largeur à la base. La peau des pieds, des jambes, des bras, des mains, était dure et calleuse comme de la corne. A 14 ans, lorsqu'elle fut présentée à Saint-Georges Ash, cette fillette n'était pas encore réglée, mais, en dépit de tous ces désordres de l'économie, jouissait d'une santé parfaite. Qu'advint-il ? Nous l'ignorons.

En 1716, Musceus eut sous les yeux une jeune fille cornigère.

Damonceau parle d'une excroissance cornée de grande dimension, onze pouces de long sur trois de large à sa base.

Oblin, chirurgien à Tournay, traita une demoiselle pour un cancer à la cuisse, survenu à la chute d'une corne.

Leprince présenta à la Société royale de médecine un cordonnier de Dreux qui, s'étant blessé avec un rasoir, vit tout à coup surgir de la plaie un corps dur ayant tous les caractères d'une corne. Cette excroissance grandit peu à peu, lentement, se contourna et finit par atteindre la longueur totale de 0,081^{mm}, et, à la base, le diamètre de 0,03^{cm}.

Home a traité une femme de 48 ans pour une corne n'ayant pas moins de dix pouces de long.

Dumonceau, dans le *Journal de Vandermonde* (1761), relate quatre observations de corne :

1° Une femme de 40 ans portait à la cuisse une tumeur cornée; 26 ans après le début de l'excroissance, en 1756, celle-ci tomba, et à sa place se forma une ulcération qui emporta la malade six mois plus tard;

2° Une demoiselle vit un ulcère se développer à la chute d'une corne qui avait grossi lentement et sans douleur ;

3° Une femme de 69 ans était affectée d'une corne à chaque cuisse; leur chute spontanée fut suivie d'un double cancer qui emporta cette malheureuse en 1762;

4° Le résultat de la 4° observation fut plus heureux. A l'âge de 78 ans, une corne parut à la partie inféro-postérieure de la cuisse gauche d'une femme. Cette corne longue de 0,252^{mm}, ayant à la base 0,081^{mm}, fut enlevée avec le bistouri par Maisonfort. Six semaines après, la guérison fut complète et au bout de 3 ans ne s'était pas démentie.

En 1776, Gastellier publie, dans les Mémoires de la Société de médecine, un cas de production cornée. Il s'agit d'une tumeur mobile, implantée à la partie inférieure du pariétal gauche, chez une femme de 88 ans. L'opération fut pratiquée à plusieurs reprises, accompagnée constamment

de récédive. La première excroissance était dure, régulière; les suivantes molles et irrégulières.

On peut lire avec intérêt une étude de Vicq-d'Azyr, sur le même sujet, dans l'histoire de la Société royale de médecine (1777-1778) et dans les Mémoires de la même Société, année 1780. Parmi les faits qu'il cite, je mentionnerai le suivant: un homme se blesse au temporal droit, et sur la plaie naît une excroissance cornée, épaisse d'un pouce à sa base et longue de trois pouces.

Je dois me borner à signaler également les articles de Heverard Home, parus dans les Transactions philosophiques en 1791, et ceux publiés par Parkinson, *in the Mémoires of the medical society of London*, vol. vi, app.

Roots, à la même époque, a écrit sur les productions cornées.

Ritter parle d'une femme de 61 ans, portant sur le cuir chevelu plusieurs tumeurs enkystées. L'une d'elles fut extirpée, et du sac sortirent successivement neuf cornes qui tombèrent l'une après l'autre et toujours à l'époque du printemps.

Otto constata sur le dos de la main droite d'une femme une corne longue de deux pouces, ayant la grosseur du petit doigt, cylindrique et légèrement recourbée.

Rigel a vu une corne implantée sur le sternum et une seconde sur la tubérosité ischiatique.

Scaliger mentionne une tumeur cornée placée dans le dos d'une domestique.

Alibert dit que les deux frères Lambert, qu'on désignait sous le nom d'hommes porcs-épics, avaient le corps recouvert d'écailles cornées très épaisses: seuls en étaient dépourvus la face, la paume des mains et la plante des pieds, ainsi que les interstices et l'extrémité des doigts. C'est cet exem-

ple qui lui a suggéré l'idée de regarder les productions cornées comme une ichthyose.

Meckel, dans son Mémoire, mentionne plusieurs cas de cornes accidentelles insérées sur le gland.

Nous lisons dans Boyer l'histoire de deux femmes. L'une, âgée de 78 ans, avait à la partie postéro-inférieure de la cuisse gauche une corne semblable à celles des bédouins : elle avait neuf pouces quatre lignes de long, trois pouces à la base et un pouce huit lignes au sommet. Elle guérit par l'ablation au bistouri.

L'autre, âgée de 66 ans, avait également à la cuisse une corne de huit pouces dix lignes de long, trois pouces à la base et quatorze lignes au sommet. Comme cette production gênait la marche, on la coupait parfois, mais elle repoussait sans cesse. En 1756, cet appendice tomba de lui-même et fit place à un ulcère cancéreux qui emporta la malade.

Les faits rapportés par Carradori regardent des cornes implantées sur les cuisses de vieilles femmes.

Caldani constata la rupture d'un kyste, et de sa face interne vit sortir une corne qui grossit peu à peu et finit par acquérir de grandes dimensions. La tumeur se reproduisit après l'ablation. D'après le même auteur, un vieillard de 70 ans fut opéré d'un cancroïde du prépuce. Du milieu de la cicatrice surgit un corps blanc, dur, insensible, qui, dix mois plus tard, avait les dimensions du gland lui-même. Ce corps finit par présenter l'aspect et tous les caractères de la corne; il s'incurva, au point que son extrémité libre correspondait à l'orifice de l'urèthre. Cette excroissance remet en mémoire les végétations cornées qui ornent le gland de certains carnassiers et rongeurs.

Ernst, à Berlin, et Dauxais, à Paris, ont, à la même époque (1820), fait paraître leur thèse sur les cornes. L'un et l'autre ne sont pas sobres de récits à l'appui de leur sujet. Je leur

ai emprunté quelques-uns des cas qu'ils ont puisés dans divers auteurs.

Behrends raconte qu'un certain Laurent Ruff avait des excroissances cornées aux mains et aux pieds: les ongles ressemblaient à des griffes ou ergots.

Westrump mentionne l'histoire d'un homme affligé à la partie latéro-supérieure de la tête d'une corne phénoménale. Sa circonférence était à la base de quatorze pouces; arrivée à une certaine hauteur, elle se bifurquait en deux branches recourbées de dehors en dedans et d'arrière en avant, et descendant au-dessous de l'oreille. Sur l'appendice extérieur, à trois pouces de la base, prenait naissance une tumeur dure, raboteuse, qui se dirigeait vers la joue et recouvrait l'os de la pommette.

Rayer, en 1835, a traité, à l'hôpital de la Charité, un ancien militaire porteur à la jambe d'une plaie sur laquelle s'étaient développées des productions cornées; il parle également d'une corne dont la chute spontanée fut suivie de guérison, et d'un troisième cas où la corne poussa sur une verrue.

Breschet a observé des cornes implantées sur la langue et sur la conjonctive oculaire.

Wesling enleva à plusieurs reprises, chez une religieuse, une corne placée au côté gauche du front et la vit chaque fois se reproduire.

Richond des Brus a vu un vieillard de 60 ans porteur sur le gland d'une tumeur cornée de un pouce de diamètre et de deux pouces de longueur.

Rigal cite l'observation d'une corne fixée à l'extrémité supérieure du coccyx.

Nélaton et Vidal de Cassis parlent d'une tumeur cornée adhérente au bord libre de la paupière supérieure.

D'après Bauchet, une femme n'avait pas moins de sept à

à huit cornes contournées à la cuisse et leur longueur variait entre 0,07 et 0,08^{cm}.

La dame dont s'occupe Denucé avait 80 ans, et présentait une corne à la partie supéro-externe du bras gauche.

Caron a opéré un garde-forestier âgé de 45 ans, porteur sur la muqueuse du gland d'une excroissance cornée, longue de 15 à 18 millimètres.

La corne signalée par Boutellier avait à la base 5 centimètres de large et 11 centimètres de circonférence; au sommet 1 centimètre et demi de large et 5 centimètres et demi de circonférence. Longueur 18 centimètres; poids 67 grammes.

Landouzy enleva une loupe adhérente au cuir chevelu, et du milieu de la cicatrice s'élevèrent deux tumeurs cornées.

Shaw Henri parle d'un ouvrier de 56 ans, qui, arrivé à sa 50^{me} année, avait remarqué un petit nodule au bord libre de la paupière inférieure droite, nodule sur lequel s'était développée, 18 mois plus tard, une corne longue de 5 cent. Tombée spontanément peu de temps après, elle poussa de nouveau et atteignit la même longueur. Elle avait la forme d'un bec d'oiseau. Ectropion de la paupière, à travers la conjonctive de laquelle transparaissait la base de la corne comme remplie de graisse. Malgré l'extirpation de la tumeur qui ne faisait point partie du tarse, il resta un léger ectropion.

Bertrand raconte qu'une femme de 44 ans se fit une écorchure avec un peigne d'ivoire: il s'en suivit une douleur très vive qui persista plusieurs mois, après quoi parut au point lésé une petite corne qui grandit peu à peu et, huit ans plus tard, avait une longueur de cinq pouces. Il cite encore le fait très curieux d'un emballleur de Mexico, qui avait à la partie latéro-supérieure de la tête une corne, non adhérente à l'os, de quatorze pouces de circonférence, divisée en deux

branches à quelques pouces de sa base ; et ces branches, recourbées en dedans et en avant, se prolongeaient plusieurs pouces au-dessous de l'oreille. La branche supérieure, arrivée au tiers de sa hauteur, était cassée comme si un coup de force avait agi sur elle. La branche antérieure, à trois pouces de la base, servait d'implantation à un petit prolongement qui descendait sur la joue et recouvrait l'os de la pommette ; recourbée en avant comme une corne de bœuf, elle donnait à la figure un aspect étrange.

Corlieu a communiqué à la Société de Médecine pratique le fait d'un jeune homme de 18 ans, chez lequel eut lieu l'ablation des deux dernières phalanges du petit doigt de la main gauche. La plaie, loin de se cicatriser, mit à jour, quelques mois plus tard, une tumeur cornée.

Selon Flittner, une femme de 23 ans, affectée d'un chancre au fond du vagin, avait à la face externe de la cuisse gauche une ichthyose cornée, large de 6 centimètres et longue de 10 centimètres et demi. Cette corne datait de l'enfance ; et chez un autre membre de sa famille, il existait une forme analogue de nævus.

Jentys présenta à la Société de Médecine de Dublin une corne cutanée qu'il avait extirpée ; elle s'était développée sur la bosse pariétale droite et avait atteint, dans l'espace de trois ans, plus de 3 centimètres de long et de 2 centimètres de large.

Dans les trois cas rapportés par Bergh, on voit :

1° Une corne développée sur la tempe gauche, recourbée : la corde de l'arc mesurait 1 centimètre et demi, la largeur était de 6 millimètres et l'épaisseur de 3 millimètres.

2° Une corne sise à la région scapulaire droite : la hauteur était de 1 centimètre, au sommet se trouvait une sorte de renflement ou tête, dont le diamètre mesurait 6 millimètres.

3° Une autre corne, présentée par le même auteur, existait

sur la cuisse d'une vieille femme ; elle avait les dimensions ci-après : hauteur, 6 centimètres ; largeur, 5 centimètres et demi ; épaisseur, plus de 3 centimètres ; circonférence, 13 centimètres et demi ; poids, 61 grammes.

Le professeur Heschl cite une jeune Israélite qui avait seize cornes, placées : la première à la conque auditive gauche, les autres à la jambe droite, à partir du genou jusqu'au gros orteil ; six reposaient sur la même base.

Chez le malade opéré par Heurtaux, la corne tombait annuellement au mois d'octobre, et s'est constamment reproduite sans que la guérison soit survenue, mais aussi sans laisser d'ulcération après la chute.

Le *New-York Requisitory* fait l'historique d'une excroissance cornée, mesurant quatorze pouces de circonférence à sa partie moyenne et bifurquée en deux parties distinctes.

Je résumerai les deux observations de Bätge :

1° Une femme de 60 ans portait sur le dos du nez une corne longue de 1 centimètre et large de 3 millimètres ; elle avait en outre plusieurs autres cornes plus petites, savoir : deux sur l'aile droite du nez, une sur l'aile gauche, une autre à la paupière inférieure gauche et une dernière à l'angle interne du même œil ;

2° Jeune fille de 17 ans : à l'âge de 24 mois, elle eut une éruption en plaques sur tout le corps, laquelle fut suivie de l'apparition de petites tumeurs cornées, semblables à des verrues. La partie inférieure du corps, depuis le nombril jusqu'aux pieds, était parsemée de cornes de diverses grandeurs. Les aines étaient littéralement criblées de ces corps étranges, distribués avec symétrie ; la région fessière était hérissée de pointes. Sur la jambe droite et le pied droit, on ne rencontrait que végétations cornées. Du côté gauche, la jambe ne possédait que deux échantillons, mais très volumineux, insérés à la cuisse. Immédiatement au-dessus du

nombril, on remarquait une corne longue de 16 centimètres; la pareille était installée sur la grande lèvre droite. Les grosses excroissances étaient contournées et deux fois entortillées; les petites étaient presque droites.

Boëgehold met en cause un enfant de 10 ans ayant la paume des mains et la plante des pieds couverts de piquants, colorés en vert par la formation de champignons.

Dans le livre de Increase Mather, on lit l'histoire d'un homme qui avait à l'angle de la bouche une corne semblable à celle d'un mouton. On en avait enlevé dix-sept pouces, et il en restait une si grande longueur que, pour l'empêcher d'arriver sur l'œil, il fallait la nouer et la fixer à l'oreille.

Pick rapporte dix cas de cornes siégeant sur le pénis. Un des exemples les plus curieux parmi ceux-ci est le suivant: un homme de 22 ans était atteint de balano-posthite avec phimosis congénital. Entre le prépuce et le gland, on sentait une tumeur bosselée et on constatait l'écoulement d'un liquide fétide formé de pus, graisse et cellules épithéliales. En outre, ce malade avait un psoriasis limité à la tête, en arrière du coude et au genou. Après l'opération du phimosis, on enleva des condilomes en partie pointus et en partie sessiles. Le patient fut renvoyé guéri. Six mois après, il se présenta de nouveau avec un néoplasme kératoïde sur le gland, près de la couronne, long de 9 centimètres et 6 millimètres, large à la base de 3 centimètres et demi et à la pointe de 2 centimètres et demi. Au voisinage existaient plusieurs autres excroissances cornées plus petites. La couleur de ces tissus était d'un jaune-brun, presque noir à la pointe. La consistance était celle de l'ongle; elle était rugueuse, friable dans la concavité. Elles furent extirpées avec la matrice.

Denucé publie une observation des plus intéressantes. Une dame de 80 ans avait une corne de 8 cent. de long fixée à la partie supéro-externe du bras gauche. Cette corne fut

coupée au ras de la peau, et sur le point d'implantation il se développa une ulcération épithéliale qui s'étendit rapidement, envahit tout le bras, puis l'aisselle et emporta la malade.

Follin rapporte deux cas : l'un a trait à une femme qui avait au bras droit une corne de 10 cent. de long, contournée en spirale et implantée sur la cicatrice d'un kyste. Coupée par Hutin à l'aide des cisailles de Liston, elle guérit. L'autre concerne une excroissance cornée née sur la cicatrice d'un cautère; elle était haute de 5 cent. et large à la base de 3 cent. et demi à 4 cent.

Brinton communique, avec pièce à l'appui, un fait d'excroissance cornée développée, à la suite d'une verrue, sur le pourtour de la couronne du gland; cette tumeur datait de 4 ans et mesurait 4 cent. et demi environ de longueur et 2 cent. et demi de circonférence; elle était recourbée en avant. La verrue qui avait servi de point de départ s'accompagnait parfois de picotement, et c'est en la grattant que le patient avait déterminé graduellement sa transformation cornée. Un fait important, c'est que la base cornée d'implantation fermait à peu près complètement le méat, de sorte que l'urine ne pouvait sortir que goutte à goutte; en arrière, l'urèthre avait un calibre normal. L'excroissance fut enlevée et le malade renvoyé de l'hôpital trois semaines plus tard.

Après cette énumération de faits se rapportant aux productions cornées, je devrais, pour que la revue historique soit complète, citer bien d'autres noms, établir des théories, analyser des travaux; ce serait faire double emploi, et je veux éviter des répétitions.

Nous retrouverons plus loin tous ces auteurs, et aurons l'occasion de résumer leurs opinions et leurs vues particulières.

STATISTIQUE ET RÉFLEXIONS.

Un peu de statistique et quelques réflexions me semblent trouver naturellement leur place à la suite de cette revue historique. Et d'abord, si considérable que soit le nombre d'observations que j'ai relatées, j'aurais pu le multiplier encore et arriver à un chiffre plus élevé. J'ai noté les exemples les plus intéressants. Ces faits se ressemblent tous et laissent, en général, beaucoup à désirer : pas d'antécédents des malades, très peu de traitements indiqués, souvent aucune terminaison signalée. Les auteurs se contentent, d'habitude, de décrire la forme, le siège, le volume de la corne ; il semble que là se borne leur attention. Ils ont rencontré un fait curieux, ils l'enregistrent.

En feuilletant volumes, brochures et revues, j'ai été tout étonné de rencontrer autant d'observations de tissus cornés, et j'en ai conclu que rarement des productions de cette nature se montrent sur l'espèce humaine. Cette assertion, qui de prime abord semble paradoxale, se justifie aisément. On ne prend pas la peine de signaler ce que l'on voit tous les jours, on relate avec soin, pour l'offrir au public, ce qui est extraordinaire et peu fréquent.

Si la terminaison des cornes avait été notée d'ordinaire par les observateurs, j'aurais divisé les exemples en deux parties, d'un côté la terminaison heureuse, de l'autre la transformation en néoplasmes malins ; mais faute de données suffisantes, j'ai préféré adopter l'ordre chronologique.

Avec des renseignements incomplets, la statistique ne pouvait être rigoureusement vraie. La plupart des tableaux n'embrassent qu'un coin de la question.

Demarquay, dans 50 cas où le sexe est indiqué, trouve 19 hommes et 31 femmes. Sur 61 tumeurs cornées, 31 se rencontraient dans les régions où abondent les papilles et les follicules sébacés, comme la face et le front.

La statistique de Villeneuve comprend 73 observations, et il établit que l'influence du sexe est nulle, que par rapport à l'âge, c'est presque toujours dans la vieillesse qu'on rencontre des productions cornées. L'enfance y est peu sujette, et les cornes multiples se montrent surtout chez les jeunes filles.

Lebert, sur 109 exemples, en a trouvé 25 au cuir chevelu, 11 au front, 4 aux tempes, 19 à la face ou aux paupières, 8 aux extrémités supérieures, 11 aux inférieures, 7 sur le tronc, 6 sur le gland et 2 sur le scrotum. Restent 16 cas dont il n'indique pas le siège.

Lozes a parcouru toutes les observations recueillies par l'Académie de Médecine de France : par rapport au sexe, il fixe 31 hommes et 37 femmes ; comme siège, il désigne 15 cornes à la tête, 8 à la face, 18 aux extrémités inférieures, 8 sur le tronc et 3 sur le gland.

Voici le résultat auquel est arrivé Erasmus Wilson : 90 cas, 44 femmes, 39 hommes : 48 cornes à la tête, 4 à la face, 4 sur le nez, 11 au flanc, 3 à la jambe et aux pieds, 6 sur le dos, 5 sur le gland et 9 sur le tronc. 44 femmes et 39 hommes font un total de 83 ; il en manque donc, des uns ou des autres, 7 pour parfaire le total de 90. Je suppose que les observateurs n'avaient pas mentionné le sexe et que de là vient cette différence de total.

Samuel Gross établit que sur 61 cas réunis par Villeneuve, 31 fois les excroissances cornées s'étaient montrées sur la face et sur le front. Il en a constaté aux lèvres et aux oreilles, au pénis, au scrotum et à l'extrémité libre du moignon après amputation. Il les a vues deux fois chez des enfants au-

dessous de 10 ans, et admet que la part chez les deux sexes est à peu près égale.

Ma statistique personnelle embrasse 84 cas. Relativement au sexe, je trouve 43 hommes et 41 femmes : on peut donc admettre que l'influence du sexe est nulle.

Sous le rapport de l'âge, je constate 9 enfants de naissance ou au-dessous d'un an ; mais pour arriver à ce chiffre, il faut admettre les faits plus ou moins croyables d'enfants nés avec des cornes.

D'un an à 20 ans, nous arrivons au chiffre de 9 femmes et 5 hommes ; de 20 à 40 ans, 4 femmes et 8 hommes ; de 40 à 60 ans, 9 femmes et 14 hommes ; de 60 et au-dessus, 15 femmes et 11 hommes.

Nous avons pu nous assurer que chez les individus les cornes étaient quelquefois uniques, d'autres fois multiples ; voyons dans quelles proportions : les cornes étaient uniques dans 56 cas, multiples dans 28.

Si maintenant nous voulons jeter un coup d'œil sur le siège, nous avons à considérer que, lorsque les cornes étaient multiples, elles étaient quelquefois implantées à la même région, mais d'autres fois aussi elles figuraient dans des régions différentes.

En tenant compte du nombre de cornes implantées sur les diverses parties du corps, les 84 individus de ma statistique offriront un total de 179 excroissances cornées.

Les 5 cas où les cornes existaient sur presque tout le corps étant éliminés, nous arriverons au tableau suivant : Tête, 38 ; joues, 2 ; oreille, 1 ; paupières, 6 ; langue, 3 ; angle de la bouche, 1 ; nez, 6 ; sternum, 1 ; ventre, 2 ; fesses, 6 ; aines, 12 ; coccyx, 1 ; pénis, 17 ; bras, 4 ; mains, 7 ; cuisses, 16 ; jambes, 24 ; pieds, 12 ; doigts, 20. Donc, par ordre de fréquence, la tête, les jambes, les doigts, le pénis, la cuisse, les pieds, les aines, les mains,

le nez, les fesses, les paupières, les bras, la langue, les joues, l'oreille, la bouche, le coccyx et le sternum.

L'ablation ou la chute spontanée de la corne amènent à leur suite la guérison ou la transformation du point d'implantation en néoplasmes malins. Etablissons dans quelle proportion se rencontre chacune de ces terminaisons. Ici nous n'avons que des données incertaines, parce que les cas dits heureux peuvent longtemps après se traduire par des insuccès : les malades ne restent pas des années soumis à l'observation des chirurgiens. Une autre cause d'erreurs provient de ce que les auteurs, après avoir décrit minutieusement la tumeur cornée, négligent d'indiquer l'issue de la maladie. Je ne pourrai donc signaler que les insuccès qui ont suivi, à bref délai, l'ablation ou la chute de la corne, et ceux plus rares qui n'ont pas échappé à la surveillance des auteurs ; et je demeure convaincu que si on avait pu suivre jusqu'à la fin les individus affectés de ces appendices cornés, la proportion de mortalité serait bien supérieure à celle que nous avons constatée. Ces réserves faites, voici le résultat auquel j'arrive : sur 84 cas, je trouve mentionnés 18 exemples de cornes suivis d'ulcérations malignes, soit un peu plus du cinquième.

Quant aux cornes se reproduisant après leur chute, je crois que nous approcherions de la vérité en les fixant à 12 sur 84.

De ce qui précède, on peut conclure combien est exagérée la théorie de Samuel Gross, qui semble établir que les tumeurs cornées naissent presque exclusivement sur les parties du corps abondantes en papilles et en follicules sébacés. L'explication de Breschet, adoptée par Vidal de Cassis et Nélaton, n'est pas plus admissible, quand il prétend que les cornes surgissent exclusivement à la jonction des muqueuses avec le tégument externe. Les productions cornées se montrent indifféremment sur toutes les parties du corps, mais surtout à la tête et chez les personnes d'un âge avancé.

Observations personnelles.

I

A. R., âgée de 75 ans, est d'un tempérament lymphatico-nerveux; elle a eu 4 enfants tous bien portants, hormis le plus jeune, dont la constitution lymphatique confine à la scrofule. Cette femme a joui toujours d'une bonne santé, bien qu'elle ait passé sa vie au milieu des travaux des champs. Je n'ai rien découvert du côté de l'hérédité. Depuis longtemps, elle avait au-dessous de la pommette gauche une verrue noirâtre peu élevée, mais s'étalant en surface; son diamètre était de 5 millimètres. A cause des démangeaisons qu'elle éprouvait, la malade portait souvent la main sur cette partie: c'est par ces manœuvres qu'à diverses reprises la verrue était tombée; mais elle repoussait sans cesse et une dernière fois, au lieu de se reproduire avec le même aspect, elle s'éleva et forma une tumeur dure. Mon père, le D^r Gilles, consulté à ce sujet, constata qu'il s'agissait d'une excroissance cornée ayant environ 1 centimètre de hauteur. En examinant si la tumeur était mobile ou adhérente au tissu osseux, il imprima des mouvements de latéralité en divers sens, ce qui déchira les tissus autour de la base; et par traction, il arracha la corne et la matrice qui avait le volume d'un noyau de cerise. Ayant épongé avec soin, il cautérisa au nitrate d'argent. La cicatrisation fut prompte. Un an après, la malade mourut d'une fluxion de poitrine, sans que rien eût repullulé jusque-là,

II.

Femme de 72 ans, tempérament sanguin, mariée, a eu plusieurs enfants qu'elle a perdus en bas âge, ne nous signale aucun antécédent héréditaire, s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de 60 ans. A cette époque, survint à la lèvre inférieure une petite plaie qui, loin de se cicatriser, ne faisait que s'agrandir. Après avoir employé sans résultat des pommades et des onguents, cette femme se décide, en 1879, à consulter M. le professeur Bouisson, qui examine avec soin cette plaie, constate qu'il n'y a pas d'engorgements ganglionnaires dans la région sous-mentonnière et cervicale, et porte le diagnostic de cancroïde de la lèvre inférieure. Quelques jours après, l'ablation eut lieu par une incision en V; la cicatrisation se fit rapidement par première intention et depuis 8 ans il n'y a pas eu de récurrence.

Aujourd'hui, cette femme, dont la peau est ratatinée et malpropre, possède sur la face dorsale de la main gauche une corne droite, pointue comme une épine, qui mesure à la base 3 millimètres de diamètre et a une longueur de 2 centimètres. Cette corne rugueuse, bosselée est indolore: elle présente autour de son point d'implantation un bourrelet plus rouge que la peau environnante. Elle a commencé à paraître il y a 2 ans: c'était d'abord un simple point qui a grandi peu à peu et a fini par acquérir les dimensions que nous avons notées. Qu'est-ce qui a donné naissance à cette élévation cornée? Est-ce une piqûre, une écorchure; c'est ce que nous n'avons pu découvrir. Dans le principe, cette femme croyait à l'apparition d'une verrue, car dans sa jeunesse elle a été sujette à des productions verruqueuses,

et en ce moment il existe encore une énorme verrue au côté gauche du cou. Santé générale bonne et refus d'opération.

III.

Le 10 mars 1879 se présente à la consultation de mon père, le Dr Gilles, le nommé J. P... C'est un cultivateur de 52 ans, vigoureux, fortement charpenté, de tempérament sanguin. Il a eu autrefois une fluxion de poitrine, mais avoue n'avoir jamais éprouvé d'autre maladie. Marié, il a eu plusieurs enfants qui tous sont robustes. Son père et sa mère sont morts dans un âge avancé. Son attention appelée sur les plaies, ulcères dont peuvent avoir été atteints quelques membres de sa famille, il répond que son grand-père est mort d'une ulcération à la face.

J. P... montre sur le dos de la main droite une corne ayant à la base 12 millimètres de diamètre, une partie droite de 3 centimètres plus une portion recourbée de 1 centimètre et demi, ce qui fait une longueur totale de 4 centimètres et demi. Elle est jaunâtre, lisse et son calibre va se retrécissant de la base au sommet qui est pointu. Autour du point d'implantation, la peau est rugueuse et fendillée. Du reste, cet aspect rugueux est l'apanage de la peau de la figure et des deux mains, de toute la partie du corps exposée à l'air extérieur. Souvent, en travaillant, cette corne est secouée par les outils ou par le heurt contre un objet quelconque; alors il s'écoule quelques gouttes de sang. Il n'y a pas de douleur, mais une gêne pour se livrer aux travaux des champs.

J. P... demande à être débarrassé de sa corne, et l'opération est renvoyée à huitaine. Le 17 mars, la main étant solidement maintenue sur une table, mon père circonscrit la

tumeur par une double incision elliptique pratiquée à 1 centimètre et demi de la base de la tumeur, sur les parties saines. Tenant la corne de la main gauche, il divise avec le bistouri la peau et le tissu cellulaire sous-jacent; le sang s'écoule en assez grande abondance. Ce premier temps de l'opération pratiqué, mon père laisse de côté le bistouri et essaye, par des mouvements de latéralité et de traction, d'arracher la production cornée: il l'amène assez facilement au dehors avec sa racine d'implantation, qui ne mesurait pas moins de 3 centimètres de diamètre et avait la forme d'une boule. La plaie profonde épongée avec soin et bien examinée, mon père badigeonne tout l'intérieur avec l'acide acétique cristallisable. Pansement antiseptique.

Le 29 mars, 12 jours après l'opération, nous revoyons avec mon père le malade; la plaie est en bonne voie de cicatrisation; les bourgeons charnus arrivent presque au niveau de la peau. J. P... ne parut plus, et nous en conclûmes que la plaie est entièrement cicatrisée.

Le 26 août 1880, 17 mois après l'opération, mon père voit arriver chez lui un homme cachectique, profondément amaigri, avec la teinte jaune-paille de la figure. C'était J. P... qui commença par déclarer que l'opération avait pleinement réussi, que la plaie était restée fermée complètement pendant plus d'un an, mais que, depuis quatre mois et demi, il s'était formé une petite ulcération au point précis où était la corne, et que, loin de se cicatriser, cette plaie n'avait fait que désorganiser les tissus voisins. En effet, tout le dos de la main était envahi par l'ulcération cancéreuse; les ganglions sous-axillaires étaient engorgés; la douleur n'était pas considérable et se bornait à de petits élancements. Mon père me fit constater la lésion, et nous fûmes ensemble visiter le patient les 3, 16 et 24 septembre et 1^{er} octobre. La mort survint quelques jours après.

IV.

M. P... est une femme de 48 ans, de tempérament nerveux et de complexion délicate. Réglée à 16 ans, elle s'est mariée à 19 et a eu 9 enfants. Cette nombreuse famille qu'elle a allaitée elle-même a altéré sa santé et a appauvri sa constitution. Depuis une dizaine d'années elle a un estomac susceptible, éprouve des défaillances et contracte facilement des bronchites. Ménopause à 40 ans. Comme antécédents, sa mère a eu un cancroïde de la lèvre inférieure, qu'un guérisseur a cautérisé à diverses reprises et qui a fini par disparaître, laissant une encoche sur la lèvre. Au moment de sa mort, survenue 15 ans plus tard et à un âge avancé, le cancroïde n'avait pas récidivé.

La malade qui occupe notre attention, M. P., a eu et a encore de nombreuses verrues aux mains. Il y a huit ans, apparut sur l'aile gauche du nez, et un peu sur le dos de cet organe, une plaque d'estiomène, qui acquit bientôt les dimensions de 8 millimètres de diamètre. De temps en temps, cette plaque tombait d'elle-même et se reproduisait immédiatement. Au mois de mai 1885, à la chute de l'estiomène et au point où il était placé, survint une petite élévation cornée qui, peu à peu, augmenta de volume et finit deux ans plus tard pour avoir les mesures suivantes: à la base 11^{mm} de diamètre; partie droite 33^{mm}; courbure 6^{mm}; d'où longueur totale 39^{mm}. Cette corne présentait donc une courbure au sommet et terminait en pointe, allant en diminuant de calibre de la base au sommet. Elle était lisse, de couleur blanc sale, et reposait aux trois-quarts sur l'aile gauche du nez; le dernier quart s'étendait sur le dos et sur l'aile droite de l'organe. Cette production cornée ne déterminait aucune douleur; tout au-

tour de la base, la peau présentait un petit boursoufflement. Parfois, la nuit, la corne heurtait contre l'oreiller et il s'échappait alors une certaine quantité de sang. Au mois de mars 1887, une secousse un peu plus forte détacha la corne et la fit tomber avec sa partie radiculaire; l'hémorrhagie fut abondante. L'ablation proposée plusieurs fois avait toujours été refusée; sur le point d'implantation, se montra sans délai une petite ulcération qui grandit chaque jour; plus tard, la peau du nez se renversa, l'ulcération envahit les tissus voisins et occupe maintenant les trois-quarts du nez. A la racine de cet organe, entre les deux yeux, la peau repliée sur elle-même forme deux tubercules; la plaie présente de petits bourgeons charnus, offrant le grenu de la fraise et de couleur plus foncée que les points environnants. Les tissus sont mous et saignent au moindre contact: c'est l'encéphaloïde. Il y a parfois des douleurs lancinantes, que la malade compare à des coups d'épingle. Les ganglions sous-maxillaires du côté gauche sont engorgés; la santé générale s'est altérée, l'appétit est nul et les forces ont faibli. Un fragment des tissus malades, enlevé avec des pinces à la superficie de la plaie, a été soumis au microscope; on n'a constaté que des papilles hypertrophiées, mais si nous avons examiné les parties profondes de l'ulcération, il est probable que nous aurions trouvé d'autres éléments plus caractéristiques de la lésion. Quoi qu'il en soit, l'ulcération progresse: aujourd'hui 1^{er} septembre, le nez est envahi en entier; l'angle interne de l'œil est détruit et la plaie, mamelonnée et comme boursouflée, saigne au moindre contact; je promène tous les deux jours un pinceau chargé d'acide acétique cristallisable, pour réprimer les bourgeons charnus. La patiente est anémiée et se plaint de douleurs aiguës.

Au 1^{er} octobre, la plaie est mamelonnée; elle arrive jusqu'à la pommette et occupe tout le nez; on constate six excrois-

sances échelonnées ; l'une supérieure, volumineuse, est située vers l'articulation de l'os nasal avec le frontal ; plus bas on en trouve trois plus petites, et enfin, à la partie inférieure du nez, il y a deux tubercules dont l'un surtout est énorme. Toutes ces proéminences, plus développées du côté gauche du nez, compriment la narine correspondante : l'ulcération a détruit le cartilage nasal et par l'ouverture passe un liquide sanieux qui a enflammé la muqueuse de Schneider du côté gauche. L'œil lui-même est envahi et la conjonctive fortement enflammée. La malade commence à prendre la teinte jaune-paille caractéristique et a de la fièvre. La douleur plus vive qu'auparavant s'irradie, surtout vers le front et du côté de la pommette.

Le 23 octobre je fais une nouvelle visite : la plaie qui se présente toujours sous la forme d'un vaste champignon recouvre tout l'œil gauche. La malade s'affaiblit de jour en jour et ne peut plus quitter le lit : tout présage une issue fatale à bref délai.

Le 25 octobre, la malade meurt sans hémorrhagie et dans un état de cachexie complet.

V.

L. P. a 62 ans et, coïncidence bizarre, se trouve le mari de la femme dont je viens de relater l'observation. D'un tempérament scrofuleux, la figure est comme boursouflée ; et, depuis son enfance, il est atteint de conjonctivite. La face et le front sont couverts de verrues plates, brunâtres, peu élevées et à base large.

Une de ces dernières, située sur la pommette gauche, plus

volumineuse que les autres, est tombée plusieurs fois et s'est constamment reproduite.

Après une dernière chute, arrivée il y a un an, au lieu d'une verrue, est survenu à la même place un corps dur jaunâtre : c'est un tissu corné qui a grandi peu à peu et a aujourd'hui, 1^{er} octobre, les dimensions suivantes : diamètre à la base 7 millimètres ; au sommet 5 millimètres ; hauteur 2 centimètres : on dirait un cône tronqué.

Pas d'antécédents héréditaires : douleur nulle, santé générale assez bonne. Le malade refuse toute opération.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

L'influence du sexe est nulle: cette maladie, rare dans l'enfance, peu commune dans la jeunesse et l'âge adulte, est surtout l'apanage de la vieillesse.

La malpropreté est une condition favorable aux productions cornées. Munaret ne craint pas d'écrire: « Le paysan pauvre ne se lave que lorsqu'il tombe de l'eau..., aussi, les éruptions cutanées sont-elles fréquentes chez lui..., la sueur stagne sur la peau, la poussière s'y attache, irrite l'épiderme et cause des prurigos, des efflorescences dartreuses, longues à guérir. » Aussi les productions cornées sont-elles plus fréquentes chez les gens pauvres, peu soucieux de la propreté, que dans la classe aisée.

Les brûlures, les solutions de continuité, les contusions fréquentes, les irritations locales, l'application de cautère longtemps répétée, une plaie mal soignée, figurent parmi les causes capables d'engendrer des productions cornées.

Les frottements, l'inflammation des bulbes pileux, l'ichthyose, le psoriasis, la constitution verruqueuse, les plaques d'estiomène favorisent aussi l'apparition des cornes.

Nous avons vu également des loupes renfermer au-dedans d'elles des tissus cornés.

Un kyste sébacé quelquefois sécrète la matière de ces tumeurs ou procède à leur développement.

Une cause plus puissante que toutes celles qui précèdent, c'est l'hérédité, en vertu de laquelle, comme dit Baillou, « nos ancêtres nous transmettent plus sûrement leurs maladies que leurs héritages. » L'hérédité est directe, quand l'affec-

tion passe du père au fils, de la mère à la fille, ou par croisement du père à la fille et de la mère au fils. L'hérédité franchit quelquefois une ou deux générations, c'est l'hérédité par sauts.

Les diathèses arthritique, scrofuleuse constituent une prédisposition incontestable; aussi M. Bouchard a-t-il pu dire: «De nature essentiellement papillaire, les cornes sont dues soit à une prédisposition générale, soit à l'irritation locale.»

Moutet écrit cette phrase caractéristique: «Que dirons-nous des cancers que l'on a regardés comme succédant à des productions cornées? Ici l'effet a été pris pour la cause.»

Selon Pick, le premier cas de carcinome, succédant à un néoplasme corné, aurait paru sur le gland.

Certains pensent que quelquefois la formation des cornes peut être attribuée à des désordres de la menstruation.

Toutes les causes que nous avons énumérées sont communes à une infinité de maladies différentes, et, si elles produisent la corne plutôt qu'une autre entité morbide, c'est parce qu'il y a en dehors d'elles et au-dessus une diathèse particulière.

Une cause quelconque parmi celles signalées plus haut, ou tout autre que j'ignore, ayant présidé à la naissance d'une corne, nous développerons notre pensée sur la croissance et la transformation. Au sein des tissus dermiques et sous-jacents, naît une cellule cornigère. Ce n'est encore qu'un point, mais cette cellule prolifère engendre des cellules semblables. La concrétion cornée grandit et pousse au-dessus d'elle son premier jet, et ainsi, peu à peu, s'accroît la corne jusqu'à ce qu'elle ait atteint une circonférence à la base qui peut mesurer plusieurs centimètres de diamètre et une longueur plus ou moins considérable. La corne va se rétrécissant jusqu'au sommet qui, le plus souvent, s'infléchit pendant que parfois le corps se contourne. Puis un beau jour l'acti-

tivité cellulaire s'épuise, la corne reste stationnaire un temps indéterminé. Elle tombe ensuite ou est enlevée par le bistouri et le malade guérit. C'est là la terminaison la plus heureuse, et la corne est dite bénigne. Elle peut se reproduire et finir comme la première fois: alors vous êtes en face de la corne semi-bénigne. Hueter prétend que les cornes qui se développent sur le tronc ont toujours le caractère bénin.

Si la corne doit transformer son point d'implantation en néoplasme malin, un travail intérieur et local s'opère pendant que la tumeur cornée reste stationnaire. C'est la cellule cancéreuse qui naît, grandit, se multiplie, détruisant les tissus tout autour de la partie radicale de la corne, partie isolée par le génie destructeur de l'ulcération. Le derme, l'épiderme s'amincissent, se désagrègent autour de la base de la corne. Le moindre heurt donne lieu à un décollement et à un épanchement sanguin, et bientôt, sous l'influence d'un choc ou d'une secousse, la corne tombe avec la matière qui l'a formée. D'autres fois, avant que la chute ait lieu spontanément, la production cornée gêne ou attriste et le bistouri en a raison. Mais dans l'un comme dans l'autre cas, la plaie, loin de se cicatriser, s'étend, s'agrandit. C'est le cancer qui accomplit son œuvre et met à nu son travail ulcératif. Voilà ce que devient la corne maligne, celle qui transforme son point d'implantation en néoplasme malin.

Mais cette transformation en néoplasme malin qui caractérise la corne maligne, transformation qui est fréquente, comme on peut le constater dans les observations que je rapporte, et qui a pour cause la chute ou l'ablation de l'excroissance cornée, n'est cependant pas toujours un effet de la disparition de l'appendice corné; il faut aussi admettre que quelquefois la tumeur épithéliomateuse précède la corne; car, ainsi que l'ont constaté certains auteurs, on voit

alors sur le néoplasme se former un bourgeon qui, peu à peu, se développe jusqu'à acquérir les dimensions et la consistance d'une véritable excroissance cornée. Dans ces cas, rares d'ailleurs, l'effet est devenu la cause et il est de toute évidence alors que la production cornée est due à une déviation nutritive de la tumeur préexistante.

Ces exemples font également partie du groupe que j'ai appelé cornes malignes; et, comme ces dernières, nécessitent une intervention chirurgicale rapide et énergique.

Comment distinguer, dès le principe, la corne bénigne de la corne maligne? C'est là surtout que doivent peser les antécédents et intervenir les questions d'hérédité et de diathèse.

Il nous reste à examiner maintenant les théories émises par les auteurs sur la formation du tissu corné.

Willis s'exprime ainsi: «Les cornes naissent d'une humeur glutineuse, hétérogène, laquelle se trouvant fixée à la peau augmente en volume par une continuelle aggestion. En effet, ajoute-t-il, plusieurs papilles cutanées, remplies d'une liqueur nourricière, s'unissent et se conglutinent; les parties les plus ténues, les plus aqueuses et les plus subtiles dont elles sont humectées venant à s'évaporer, les parties les plus grossières ne se trouvent plus suffisamment délayées et ne peuvent, par conséquent, rentrer dans le torrent circulatoire; d'où il arrive que les dites parties se convertissent en matière dure et cornée.»

Sylvius rattache la formation des excroissances verruqueuses, cornées, à la coagulation de la lymphe sur les follicules sébacés.

Malpighi attribue les productions cornées à un prolongement des papilles cutanées soudées ensemble, et, parlant des verrues qu'il compare aux cornes, dit textuellement: «*Quid*

atuid denique sunt verrucae, nisi productae morbosaeque cutis papillae.»

Westrump croit que l'analogie qui existe entre les ongles et les cornes doit conduire à considérer les excroissances cornées comme des produits d'un épiderme surabondant, et à l'appui de cette théorie, il parle de la facilité avec laquelle l'épiderme acquiert la nature des cornes. Dans un cas d'amputation de la deuxième phalange des doigts, il a observé la formation d'ongles nouveaux. Et, chose digne de remarque, ces ongles nouveaux sont la plupart du temps épais, raboteux, striés, tuberculeux et de couleur foncée, avec une texture lamelleuse, écailleuse, ce qui prouve qu'ils doivent naissance à une sécrétion plus active et à une accumulation plus considérable de l'épiderme. «La nature cornée de ces produits n'est pas douteuse, pas plus que celle des durillons qui naissent à la plante des pieds, aux talons et aux mains des artisans et des journaliers. Si nous considérons la plante du pied chez l'enfant, nous voyons que tant qu'il ne marche pas cette partie est aussi molle et délicate que les autres parties du corps. Quand la marche est possible, l'enfant se plaint de douleurs dans les pieds; la peau en cet endroit est rouge, chaude, et la pression, déterminée par la marche, amène un léger état inflammatoire et une sécrétion plus abondante, et chez l'homme la dégénération cornée de l'épiderme.

»Une autre preuve que l'inflammation chronique peut provoquer la formation d'une corne, lorsque la sécrétion de l'épiderme est accrue, Westrump la trouve dans le fait de ce meunier, qui eut le bras pris dans un engrenage; la peau fut arrachée depuis le poignet jusqu'au coude; aucun os ne fut lésé. Au bout de deux mois, la plaie était cicatrisée, hormis un seul point de la dimension d'un écu. Les bords de ce point se tuméfièrent, devinrent calleux et il se sécréta un liquide épais qui, en se desséchant, produisit des écailles d'un

blanc-jaunâtre, diversement grandes et épaisses, demi-transparentes et exhalant, en brûlant, l'odeur de la corne. Ces écailles tombaient et étaient remplacées par d'autres; après douze semaines de traitement, cette situation restait la même et sans espoir de guérison.»

Ces données, Westrump les applique aux formations cornées anormales; il en déduit que les cornes arrivent presque toujours à la suite de fortes contusions et que, la plupart du temps, on les observe sur les parties du corps où les téguments généraux reposent presque immédiatement sur les os. Il admet que l'inflammation a de grandes tendances à dégénérer en une sécrétion anormale, et, s'il s'agit de la tête, toutes les conditions requises se réunissent, d'autant plus que les cheveux peuvent être considérés comme une masse cornée.

Westrump établit deux catégories de productions cornées : celles qui s'étendent sur de vastes régions et celles dont l'emplacement est limité. Les premières représentent des durcissements et des épaissements contre nature de l'épiderme et apparaissent sous la forme d'écailles cornées, et dans cette classe il range l'ichthyose, les hommes porcs-épics et la plupart des cas cités par Malpighi, Locke et Alibert. La seconde catégorie comprend les cornes proprement dites. Ce dernier groupe est divisé en deux parts : La première renferme les cornes procédant d'une manière immédiate du tissu même de la peau; dans la seconde, le sac d'une tumeur enkystée crevée sert de matrice.

Cette longue et ingénieuse théorie de Westrump soulève plusieurs objections, sur lesquelles je ne m'étendrai pas; je ferai seulement observer que les durillons et les cors ne sont pas des cornes et peuvent à peine être comparés à ces derniers tissus, dont la trame et la formation diffèrent totalement des premiers; de plus, l'inflammation produit très rarement

les concrétions cornées; il y a donc, comme principe de formation, quelque chose de plus que l'inflammation et la sécrétion exagérée de l'épiderme: c'est la diathèse, c'est à dire cette tendance qu'a l'économie à procréer un tissu plutôt qu'un autre sous l'influence des causes les plus diverses.

D'après Rokitansky, les glandes sébacées seraient le point de départ des vraies cornes; ce sont des hypertrophies du revêtement épidermique des papilles autant que des glandes sébacées et même des glandes sudoripares; elles ont parfois leur origine dans des kystes par rétention.

Lebert admet que les cornes naissent de la couche profonde du corps muqueux de l'épiderme et consistent dans une hyperplasie des cellules. Et comme cette couche n'est pas seulement en contact avec les papilles du derme, mais forme encore la membrane qui tapisse les follicules et les glandes, l'affection peut se développer dans ces derniers éléments (glandes sébacées surtout) aussi bien qu'à la surface de l'épiderme.

Selon Damon et Bergh, les cornes dérivent non d'une seule papille, mais d'un groupe de papilles.

D'après Kelsch, les cornes prennent naissance sur la peau le plus souvent, quelquefois sur les muqueuses; elles se développent aux dépens de l'épiderme qui revêt la face interne d'un follicule sébacé hypertrophié. On a vu des tumeurs folliculeuses coexister avec des productions cornées.

Robin, Krause partagent l'opinion de Rokitansky et admettent que les cellules de la couche superficielle de l'épiderme se dessèchent, se feuillettent, perdent leur noyau et, prenant une direction perpendiculaire à la surface cutanée, s'allongent et acquièrent l'apparence fibroïde.

Vogel, Wilson, en examinant des cornes développées dans des kystes sébacés, leur accordent la même origine.

Villeneuve les fait dériver de la surface épidermique ou

de la couche épidermique qui revêt la face interne d'un follicule cutané.

Frédéric Trèves dit que les cornes se forment et se développent dans l'intérieur de kystes sébacés qui s'ouvrent par rupture ou inflammation : ces excroissances étranges sont formées d'une matière sébacée, qui devient dense par l'exposition à l'air. La matière est constamment produite par la paroi du kyste, à la base duquel pousse cette végétation.

Telles sont les principales théories pathogéniques que j'ai trouvées consignées dans les auteurs ; sauf quelques légères nuances, elles me semblent concorder entr'elles et résoudre suffisamment le problème des productions cornées.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le début de la maladie s'annonce par une petite proéminence conique, enveloppée d'une couche épidermique qui lui donne l'apparence d'un petit kyste. La couche épidermique soulevée par l'excroissance finit par se déchirer et forme autour de la base une sorte de gaine. On ne saurait prendre ces productions pour des exostoses, des appendices osseux à cause de leur mobilité. C'est la corne, une petite bosselure blanchâtre, tantôt molle, flexible, tantôt dure; elle fait saillie au-dessus de l'épiderme, s'élève, grandit peu à peu, durcit si elle est molle en principe, et finit, après un long temps, par acquérir des proportions plus ou moins considérables, selon que la peau a été plus violemment et d'une façon plus continue soumise aux excitations qui ont amené une multiplication incessante des éléments épidermiques. C'est alors un corps dur, solide, sec, lamelleux, offrant tous les caractères de l'appendice corné des animaux. Sa surface est lisse, rugueuse et raboteuse; elle est imbriquée, noueuse ou couverte d'écailles; on la trouve parfois annelée, indiquant ainsi les périodes de formation. Ses dimensions varient, comme on a pu s'en convaincre par les exemples que j'ai recueillis; elles varient aussi selon l'époque de l'évolution où l'on observe la production cornée.

La corne revêt toutes les formes: on la trouve droite, arrondie, conique, contournée en spirale, tordue, aplatie sur les faces. Au sommet elle est pointue, mousse très rarement, surmontée d'un renflement, recourbée et enroulée. Elle est

simple ou bifurquée; elle se compose dans certains cas d'une agglomération de petites pointes soudées à leur base.

La couleur varie du blanc sale au jaune, au gris, au brun.

Tantôt ces végétations étranges reposent directement sur l'épiderme et le derme; tantôt aussi elles prennent un point d'appui sur le tissu cellulaire sous-dermique; le plus souvent elles offrent des racines, des prolongements assez profonds, sont adhérentes à un tissu mou, vasculaire et reposent sur un plan musculaire ou aponévrotique. La partie radicale est arrondie en boule généralement; c'est ainsi que je l'ai connue dans trois des observations que j'ai consignées plus haut. Les cornes naissent quelquefois de l'intérieur d'un kyste, qui finit par s'ouvrir et les étaler au-dehors.

Le diamètre va en diminuant de la base au sommet.

Si j'appelle collet le point qui sépare la corne proprement dite de sa partie souterraine, radicale, je dirai qu'au point de jonction du tissu corné avec le derme, on ne remarque parfois rien d'anormal, dans certains cas une légère saillie, souvent une hyperhémie aréolaire ou une inflammation des tissus ambiants et à travers des éraillures un suintement sanguinolent.

Les cornes sont uniques ou multiples; disséminées sur diverses parties du corps, elles offrent une certaine symétrie dans leur distribution. Leur base est creuse ou plate.

Comme nous l'avons dit, les cornes jouissent en général d'une certaine mobilité, car elles ne reposent jamais sur les os, mais toujours sur la peau, le tissu cellulaire ou un plan musculaire: cette mobilité est diminuée dans certains cas par l'inflammation ou l'induration du tissu cellulaire sous-cutané.

La douleur qu'elles déterminent est nulle; le patient ne souffre que si la corne est heurtée, ébranlée, ou si la base se décolle du derme, ou si on l'irrite au point d'insertion.

Pourtant Westrump prétend que, avant et pendant leur formation, de très violentes douleurs se font sentir; mais qu'une fois formées, elles sont presque toujours indolentes; cette manière de voir n'est pas partagée par le plus grand nombre d'observateurs: l'inflammation chronique de la base, l'implantation de l'extrémité libre et recourbée dans le tégument ambiant sont évidemment des causes de souffrances; mais la corne par elle-même est indolore.

Pendant longtemps, le malade peut se livrer à ses occupations habituelles, sans éprouver le moindre dérangement dans ses fonctions; mais selon la place où s'est installée la corne, elle constitue une gêne pour marcher, s'asseoir, se coucher ou se servir d'un outil.

La peau qui entoure ces productions est rude, terreuse et se gerce avec facilité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

D'après Westrūmp, les recherches anatomiques ont prouvé que les follicules sébacés sont des petits sacs ronds qui s'ouvrent, à la face interne de l'épiderme, par un conduit excréteur perçant la peau obliquement, et qui sont tapissés, à l'intérieur, par cet épiderme réfléchi sur lui-même. Cette situation du conduit excréteur favorise évidemment l'occlusion de l'orifice extérieur, et dès que celui-ci est fermé, la sécrétion, qui continue toujours, doit distendre les parois du sac, d'où résulte une tumeur correspondant à la quantité de sécrétion qui s'est accumulée et à la durée de la maladie. Les recherches d'anatomie ont appris, en outre, que le sac renfermant la tumeur ou la glande sébacée, distendue outre mesure, acquiert une plus ou moins grande densité en raison de son volume, ce que nous devons considérer en partie comme le résultat de la compression continuelle que l'expérience démontre accroître la densité des organes, en partie comme celui des diverses couches de l'épiderme tapissant primitivement l'intérieur de la glande, lequel comme l'a montré Cowper, forme plusieurs écailles qui se sont, de toute évidence, produites à différentes époques par l'accroissement des glandes.

Quand une glande sébacée vient à se crever, la communication de sa face interne et sécrétoire avec la surface de la peau devient plus intense qu'elle n'était auparavant. La membrane épidermique qui revêt le sac est mise à nu, et continue à fournir la sécrétion tant qu'elle subsiste, même en partie seulement; et l'on conçoit que la sécrétion peut

d'autant plus facilement donner lieu à des productions cornées accidentelles que sa quantité s'est accrue, et qu'il y a, en général, une grande tendance à faire naître ces productions, comme le prouve la formation des cheveux sans bulbes qu'on a trouvés dans des kystes fermés de toutes parts. En outre, la mise à nu de la peau interne, par le fait de la rupture du sac, ne peut, à cause de l'analogie sensible de la sécrétion avec une masse cornée, que favoriser la formation de pareilles masses, l'air ayant alors la facilité d'exercer librement son action sur l'organe sécrétoire, et devant nécessairement accroître la tendance qu'a le produit de se solidifier. L'observation rapportée par Parkinson me semble, du moins, parler en faveur de cette hypothèse, et au milieu de la fréquence des cas où l'on a vu des cornes naître des tumeurs enkystées qui s'étaient ouvertes, on ne peut s'empêcher de demander si la grande tendance qui, comme je l'ai dit, existe dans la tête à la formation de produits cornés nouveaux, celle des cheveux, ne peut pas aussi exercer une influence puissante sur la manifestation anormale d'excroissances cornées.

Cependant, si les tumeurs enkystées n'étaient pas, comme il est si probable de le croire, des follicules dégénérés, mais des productions anormales du tissu cellulaire, on explique non moins facilement par cette vue la formation des produits cornés. Le tissu cellulaire est, en effet, d'après les vues anatomiques, un mucus sécrété sur les surfaces internes, et qui, endurci à la peau, donne naissance à l'épiderme. Donc, quand il se convertit en kyste, il est très vraisemblable que, comme en général les productions accidentelles sont à un autre degré d'organisation que l'organe dans lequel elles se développent, le kyste acquiert une texture d'autant plus analogue à celle de l'épiderme, que celui-ci se trouve placé à un degré inférieur d'organisation. Mais la conversion du

tissu cellulaire en substance épidermique explique aussi comment des productions cornées peuvent se développer dans son intérieur.

Alibert regarde les productions cornées comme une variété d'ichthyose.

Rokitansky place dans les glandes sébacées, et parfois dans des kystes par rétention, l'origine des cornes; il les regarde comme des hypertrophies du revêtement épidermique des papilles, des glandes sébacées et même des glandes sudoripares.

Simon a étudié deux échantillons de corne: dans l'un des deux cas, il signale la présence de canaux microscopiques se dirigeant suivant l'axe, et renfermant une sorte de moelle sans structure apparente; cette disposition se rapproche de celle des ruminants, bien que chez ces derniers il n'y ait qu'un seul canal médullaire au centre de la corne.

Lebert a fait plusieurs examens microscopiques: sur des coupes longitudinales, on voit une masse composée de petites colonnes épidermiques, soudées dans leur longueur; elles sont formées de bâtonnets et de faisceaux rangés les uns près des autres, et si intimément unis par une substance connective, qu'ils semblent former un tout homogène. Chaque colonne a un aspect strié et finement divisé, et est entièrement composée de cellules épidermiques, imbriquées ou stratifiées. Les coupes transversales montrent des zones arrondies, à stratification concentrique, entre lesquelles sont disséminées irrégulièrement des cellules épidermiques, qui semblent être la substance unissante des coupes longitudinales. Les cellules, comme on pouvait s'y attendre, sont, pour la plupart, dépourvues de noyau, et c'est là un caractère spécial des cellules épidermiques.

R. Heschl, après un examen approfondi d'un cas de corne, n'a trouvé ni la pénétration d'une papille, ni celle d'un vais-

seau sanguin. Dans la section transversale de productions cornées, il a remarqué des stratifications formées par des lamelles transparentes de une ligne et demie d'épaisseur qui, soumises à des réactifs, se résolvaient en cellules sèches, écailleuses, sans noyau.

Dans l'observation citée par Boëgehold, les papilles étaient fortement hypertrophiées, la couche épidermique du réseau de Malpighi avait presque disparu; l'épiderme est formé à peu près en entier de cellules aplaties polygonales, sans noyau, on ne constate qu'une couche de cellules rondes à noyau formée de deux séries de cellules superposées, et cela, notamment, au-dessus même des papilles. Par addition de solution de potasse, on pouvait facilement reconnaître que les cornes étaient jusqu'au sommet formées de cellules aplaties sans noyau. Il en résulterait pour l'auteur que l'ichthyose consiste à un processus de kératinisation des nouvelles cellules de l'épiderme. Les cellules devenues cornées (kératinisées) perdent leur élasticité et s'aplatissent par pression réciproque.

Follin, en parlant d'une corne qu'il a opérée, en donne la description suivante: « Elle était formée de fibres verticales d'un aspect tuyauté, agglutinées les [unes contre les autres. Une partie du tissu cicatriciel se prolongeait dans cette corne et contribuait à rendre douloureux et saignant le centre de cette tumeur.»

Ziegler a très souvent trouvé, à la base des cornes, des papilles hypertrophiées plus ou moins allongées.

D'après Erasmus Wilson, les cellules épithéliales qui concourent à la formation du tissu corné sont plus grandes que celles de l'épiderme et ont des noyaux ovales généralement.

Leur long diamètre mesure $\frac{1}{2500}$ et le court $\frac{1}{3300}$ parties de un pouce. Le volume moyen des cellules plates est environ cinq fois plus grand que celui des noyaux. Les cornes

exhalent, en les brûlant, une odeur animale caractéristique. L'analyse chimique montre qu'elles renferment de l'albumine, du mucus, du phosphate de chaux, du chlorure de sodium et des traces de lactate de soude.

Bergh a trouvé sur une coupe longitudinale quantité de petits points rouges sombre, qui ne sont autre chose, d'après lui, que du sang provenant des papilles. Selon lui, le renflement qui surmonte la corne montre une structure feuilletée, tandis que dans les parties profondes les couches ont plutôt une forme onduleuse. Les diverses ondes et les petites couches qui les constituent correspondent à autant de groupes de papilles diversement placées. Le corps de la corne est formé de colonnettes minces disposées verticalement, qui s'étendent dans toute la hauteur. En elles et entr'elles existent des stries et des points allongés hématiques.

Les colonnettes sont formées de papilles et de reste de papilles cutanées amincies et allongées; toutes sont entourées d'une gaine épaisse. Parfois, dans les papilles, on voit nettement une partie plus ou moins grande des anses capillaires. Les stries hématiques proviennent soit des vaisseaux, soit d'extravasats sanguins qui ont eu lieu entre les papilles.

L'examen anatomique des cornes par Pick peut se résumer ainsi: « La surface montre une striation longitudinale et transversale. La masse cornée consistait en une couche extérieure dure et assez homogène, et en une couche intérieure plus molle. Dans les sillons près de la base étaient des masses rouges-brunes. L'examen de la masse cornée la montrait formée de cellules épidermiques; sur des coupes longitudinales, on les trouve disposées comme les tuiles d'un toit; et sur les coupes transversales, on les remarque rangées en cercle. La transition de la corne à l'épiderme normal avait lieu peu à peu. Le réseau de Malpighi était peu développé et

les vaisseaux dans les papilles montraient une dilatation énorme.»

« Cet auteur, reprenant la discussion entre l'origine papillaire (Malpighi) et l'origine folliculaire (Höme) des cornes, admet l'existence des deux sortes de développement ; mais il fait remarquer que les papilles néoformées agissent très souvent aussi par la formation des cornes dans les follicules, comme cela est démontré par des observations antérieures de Forster, Gurlt, Rindfleisch. L'allongement des papilles avec les anses vasculaires, presque à travers toute la hauteur de la corne observée par l'auteur, a été déjà admis par Edwards et Bälmann et concorde avec l'allongement des papilles constaté chez les divers mammifères à travers toute la hauteur des soies, piquants et poils tactiles. Ces papilles meurent peu à peu vers la hauteur et laissent comme reste une sorte de *seele*, et ces dites formations se rencontrent aussi dans les cas mentionnés. La tête de la corne doit être considérée d'après sa structure comme formée par les parois d'une petite tumeur sébacée, tandis que le corps de la corne aurait son origine dans les papilles. Des observations analogues de stratification régulière dans des kystes de rétention ont été signalées notamment par Virchow et Forster, et en particulier pour les myomes et les athéromes.

L'examen microscopique des deux cornes appartenant aux deux observations de Bätge donna le résultat suivant : Les masses cornées consistaient seulement en cellules épidermiques aplaties, le plus souvent nucléées, ayant une disposition ondulée caractéristique. Dans les productions cornées qui s'étaient séparées de la peau en quelques endroits, on voyait des déchirures et des fentes que l'auteur explique de la façon suivante : la sécrétion retenue des glandes sébacées et sudoripares, qui s'abouchaient toujours sous les points fendillés, se serait fait une voie violente à travers la masse cornée et

l'aurait séparée. Les conduits excréteurs des glandes sudoripares étaient augmentés de volume et pas du tout ceux des glandes sébacées.

Bätge a également constaté de petits points rouges sombre; mais contrairement à l'avis de Bergh, il les considère comme la conséquence d'extravasats sanguins survenus sous une influence quelconque, et qui se seraient avancés peu à peu vers la pointe de la corne, en même temps que celle-ci se développait.

Selon Kelsh, «les cornes sont formées par des couches stratifiées de cellules épidermiques, sèches, feuilletées, sans noyau; au premier abord, le microscope nous les montre amorphes, comme le tissu des ongles, des sabots, des cornes proprement dites; mais, digérées dans l'alcali caustique, elles se décomposent en petites écailles épidermiques, tout à fait semblables à celles que l'on obtient par le même traitement avec les callosités de la peau, cors, etc. Ces cellules sèches, cornées, sont disposées en couches concentriques autour de papilles hypertrophiées qui servent de noyau central à la corne; à une certaine distance de la base de celle-ci, les papilles disparaissent ou sont remplacées par des canaux remplis d'une sorte de moelle; mais la disposition concentrique des couches épidermiques persiste jusqu'au sommet de la corne. Vers la base de celle-ci, les cellules prennent peu à peu l'aspect et la forme des cellules du corps de Malpighi; elles affectent une forme ronde ou ovale avec un noyau de plus en plus distinct. Au niveau de la base, l'épiderme de la peau ambiante s'est épaissie, les papilles hypertrophiées, allongées et élargies. A chaque corne correspond un groupe de papilles malades, et chaque arête répond à une de celles-ci. Les ongles peuvent subir des altérations plus ou moins analogues aux cornes.»

Neumann prétend que les parties élémentaires des cornes

sont les mêmes que celles de l'épiderme et des ongles, que les différences qui existent entre ces productions et les cornes des animaux résident dans la composition anatomique qui est osseuse chez ces derniers.

«Un examen minutieux fait voir un tissu traversé par de nombreux canaux, et qui, sur les pièces sèches, est criblé de fissures en forme de croissant. La masse cornée ne présente pas de traces de calcification; sur une section transversale, un peu plus épaisse, prise sur la partie centrale compacte, ces petites ouvertures apparaissent, à un fort grossissement, comme des sections de tubes cylindriques, c'est-à-dire qu'on y reconnaît des vaisseaux sanguins dont quelques-uns sont encore colorés en rouge par leur contenu. Chaque vaisseau est entouré d'une aréole transparente de couleur d'ambre, également circulaire; entre deux se trouve la substance nucléaire, qui ne peut se décomposer en ses éléments primitifs. La meilleure manière de se rendre compte de ces tumeurs, c'est d'examiner des tranches verticales prises sur les bords: les vaisseaux s'étendent assez loin dans l'axe des papilles qui ont acquis un volume considérable et qui sont entourées de gâines concentriques (Bergh); les limites de la portion cylindrique transparente paraissent être bien déterminées et correspondre à la membrane fondamentale. La partie centrale de la corne est plus compacte et moins vasculaire que la partie externe (A.-M. Edwards.)»

Il est prouvé aujourd'hui, dit Kaposi, que si un groupe de papilles hypertrophiées à vaisseaux dilatés peut s'élever plus ou moins dans l'intérieur de la corne, celle-ci n'est cependant constituée que par des colonnes épidermiques soudées dans leur longueur et qui s'élèvent autour de ce groupe de papilles.

D'après Perls, la surface des cornes montre des sillons parallèles: les segments formés par ces sillons peuvent être

considérés comme les dépôts épidermiques correspondant aux diverses papilles; le tout, par conséquent, représenterait un papillome surtout épidermoïdal. On a trouvé les papilles elles-mêmes, dans certains cas et non toujours, fortement allongées.

Bouchard décrit ainsi la composition des cornes: «Dures à la surface, où des lames épidermiques pressées les unes contre les autres forment des couches de cellules disposées bout à bout dans le sens qu'indique très bien la prolifération des papilles, elles sont ordinairement molles au centre et comme pourvues d'une moelle; mais cette partie centrale est exclusivement composée de débris épidermiques, souvent altérés et fétides.»

De ces diverses données, on serait en droit de conclure que généralement la corne, à son point d'implantation sur l'épiderme, présente des cellules aplaties et sans noyau, au-dessus des cellules rondes à noyau et plus haut des cellules polygonales sans noyau.

Lorsque l'ulcération succède à la corne, vous voyez apparaître le tissu encéphaloïde qui offre dans sa composition de l'albumine et de la gélatine: un fragment, traité par l'eau chaude, laisse après évaporation un résidu calcique. L'alcool chaud met à nu la gélatine et quelques filaments fibrineux. Les vaisseaux artériels abondent, tandis que les veines sont si rares qu'elles ont été niées. Il en est de même des filets nerveux qu'on ne distingue pas. Les bords de l'ulcération sont frangés, déchiquetés, irréguliers, et le travail destructeur s'étend bien au-delà de la vision. Le tissu représente une masse mollassse, fongueuse, boursouflée avec pointillé rouge sur un fond rose et saignant au moindre contact. Les parois des artères, comme celles des veinules, finissent par s'altérer au contact des matières putrides, par laisser pénétrer le pus et amener une espèce d'intoxication générale qui, jointe aux

altérations de l'économie, communiquent à la trame extérieure du corps ce cachet morbide qui annonce la dernière évolution de la maladie, celle qui précède la mort.

MARCHE ET PRONOSTIC.

La corne commence par une légère élévation de la peau, et, quand elle se fait jour au dehors, montre un petit point blanchâtre que l'on comparerait facilement à une éruption verruqueuse si on ne tenait compte des caractères qui les différencient. Ce point blanchâtre s'élève peu à peu, mais l'accroissement est très lent, et avant d'arriver à son complet développement, la corne met, suivant les cas, des mois ou des années. Il est rare qu'une semblable production n'emploie pas deux ans avant d'acquérir sa forme définitive, et on l'a vu s'accroître pendant cinq et dix années. Sa marche est régulière, continue, sans arrêt. Puis, quand sa taille définitive est complètement acquise, elle reste stationnaire pendant six mois, un an, dix ans (ce dernier chiffre a été constaté dans une observation), jusqu'à ce qu'un beau jour elle tombe d'elle-même ou est détruite par les caustiques et le bistouri. La corne tombée, le point d'attache se cicatrise et la guérison a lieu : la corne est dite alors bénigne ; c'est la solution la plus heureuse ; je la crois extrêmement rare ; et selon Westrump, un seul exemple signalé par Roots, de chute spontanée, aurait été suivi de guérison. Mais la corne peut se reproduire et avoir la même issue que la première fois : on en a vu des exemples ; et c'est ainsi que des individus ont passé une partie de leur vie à voir des tumeurs cornées tomber et se reproduire : cette reproduction s'explique facilement, car, si la corne disparaît, la matrice reste et reprend pour ainsi dire de la vitalité quand elle est débarrassée du fardeau qu'elle soutient, et une nouvelle tumeur survient alors

qui acquiert un volume semblable à la première et quelquefois plus grand; on a vu même des tumeurs multiples succéder à une corne unique. Dans ce cas, nous avons affaire à la corne semi-bénigne. Le plus souvent, après la chute ou l'ablation, au lieu d'une nouvelle corne, on voit le point d'implantation donner naissance à un néoplasme malin, et l'ulcération est là sous nos yeux: c'est le troisième type, la corne maligne.

Le pronostic est toujours fâcheux: les cas de guérison sont rares et la terminaison fatale sera d'autant plus à craindre que vous pouvez, en face d'une constitution arthritique ou scrofuleuse, découvrir des antécédents héréditaires.

TRAITEMENT.

Le traitement sera médical ou chirurgical.

Traitement médical.— Nous sommes en face d'une maladie presque toujours diathésique: c'est donc par une médication, s'adressant à l'état général, que nous devons chercher à modifier la constitution et à combattre la cause première des productions cornées. Ya-t-il eu démonstration de la scrofule, nous prescrivons l'habitation à la campagne, l'exercice en plein air, l'huile de foie de morue, les iodurés, le biphosphate de chaux, etc... Contre le lymphatisme, doivent être administrés le fer, les toniques de toute nature, alcool, vin, jus de viande, promenades au soleil, douches froides, etc... Si nous avons affaire à l'arthritisme, l'arsenic, les sulfureux, les diurétiques, etc..., conviennent. Si des désordres se manifestent du côté de la menstruation, veiller à ce que le cours normal et régulier se rétablisse, qu'il n'y ait ni arrêt, ni insuffisance, ni excès. Et dans tous les cas sera de rigueur un régime fortifiant, reconstituant, afin que l'économie puisse réagir contre l'affaiblissement de l'organisme et les causes de destruction et d'altération des tissus. C'est avec ces armes que vous pourrez lutter corps à corps contre l'ennemi et en triompher quelquefois, quoique rarement. Vous varierez les moyens, lorsque par l'exagération une diathèse se substitue à une autre.

Le malade évitera tout ce qui peut irriter les tissus, sur lesquels sont implantées les productions cornées, se surveillera la nuit plus encore que le jour, afin qu'aucun choc

n'ébranle la corne et ne divise les tissus autour de la base d'implantation.

Quand la corne aura acquis son développement complet et sera stationnaire, on peut employer les bains simples, alcalins ou de vapeur pour faire tomber les appendices peu adhérents à la peau. Si cela ne suffit pas, devons-nous opérer et à quel moment? C'est là une des plus graves questions à résoudre. Les avis sont divisés. Les uns vous disent: ne touchez pas à la corne, vous irriteriez les tissus, vous les inflammeriez et les pousseriez à la révolte. C'était l'opinion de Desault. Il y a cent ans, un des seigneurs de l'époque que je pourrais nommer, car la tradition s'est perpétuée dans la famille, se rendit à Paris pour consulter le célèbre chirurgien et lui montrant un appendice corné, de grande dimension, qu'il portait à la région frontale, demande d'en être débarrassé. Desault, après interrogation et examen sérieux, s'oppose à toute opération et congédie son client avec ces mots: «Vivez avec votre corne, et prenez garde qu'elle ne tombe, car sa chute entraînerait votre mort.» Et la prophétie se réalisa: six mois plus tard, la corne tomba et à sa place parut l'ulcération néfaste.

D'autres vous disent: opérez de bonne heure, avant que cette prolifération cellulaire ne surexcite les tissus ambiants, ne porte son action au loin dans le torrent circulatoire, ne mette en un mot le feu aux poudres et n'amène des altérations qui seront le point de départ d'un néoplasme malin. Entre ces deux extrêmes, il y a un moyen terme qu'il faut savoir choisir. Si dans les antécédents de famille, si dans la constitution du sujet vous ne trouvez rien d'alarmant, opérez. Dans le cas contraire, l'abstention est de rigueur. En intervenant, vous donneriez le coup de fouet qui ferait galoper le néoplasme malin dont la marche est encore lente, et il s'agit avant tout de prolonger la vie autant que possible.

Quand faut-il opérer? Est-ce au début, alors que la corne commence à se montrer? Tel n'est pas mon avis. Le moment le plus opportun, c'est lorsque la corne a fini son évolution et reste stationnaire. Plus tôt, il y a dans l'économie un processus morbide que vous n'arrêteriez pas, et ce qui a produit la première cellule cornigère, la reformerait une deuxième fois; tandis que lorsque les cellules épuisées cessent de sécréter la substance cornée, semblent avoir terminé leur production, alors si l'ulcération doit succéder, elle va commencer; et si elle débute, vous pouvez par hasard paralyser son action.

La corne se reproduit-elle après l'ablation; c'est peut-être parce que vous avez opéré avant le moment physiologique; mais c'est surtout parce qu'il existe cette altération pathologique que nous avons décrite sous le nom de diathèse.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Morand conseille l'emploi d'un caustique appliqué circulairement autour de la base, et prétend que lorsqu'on fait l'extirpation avec le bistouri, la corne est sujette à repulluler.

Bertrand vante son procédé opératoire, parce qu'il lui réussit; il entoura la base avec un cordonnet de coton, fortement imbibé de potasse caustique.

Hutin fit la section avec les cisailles de Liston.

Roche et Sanson parlent de la destruction par les caustiques, mais surtout par l'instrument tranchant.

Caron excisait au moyen des ciseaux.

Lebert affirme que la section de la corne, pratiquée au lieu de l'extirpation, ne fait qu'activer la maladie.

Kelsch est d'avis que l'instrument tranchant est préférable aux caustiques; qu'il faut extirper la tumeur par deux in-

cisions elliptiques cernant la base et intéressant toute l'épaisseur de la peau.

Samuel Gross veut aussi les deux incisions elliptiques autour de la base; il rapproche ensuite les deux lèvres avec avec soin par la suture et les bandelettes adhésives.

Duhring conseille, après avoir détaché la corne de la peau, de détruire la base par les caustiques (chlorure de zinc, potasse caustique). En cas de récurrence, il faut recommencer l'opération sans retard.

Frédéric Trèves excisait avec soin la base, y compris la totalité de ce qui restait du kyste sébacé, si ce dernier existait.

Le procédé qui me semble supérieur à tous les autres, et remplir tous les desiderata, est celui que j'ai vu pratiquer dans ma troisième observation. Il comprend trois manœuvres distinctes: l'incision, l'arrachement et la cautérisation.

Selon que la corne est grande ou petite, saisissez-la avec les doigts de la main gauche ou avec des pinces, et attirez légèrement à vous pour distendre les tissus ambiants. En même temps de la main droite, armée du bistouri, circonscrivez la base par deux incisions elliptiques, pratiquées à une certaine distance de la tumeur et intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-jacent. Cela fait, quittez le bistouri, et prenant la corne avec les doigts de la main gauche ou avec des pinces, arrachez-la. Si elle résiste, par des mouvements de latéralité pratiqués avec douceur, faites basculer dans tous les sens et amenez-la au-dehors avec les tissus radiculaires. En général, au moment où l'opération devient opportune, la matrice ne fait plus corps avec les tissus voisins, se détache avec facilité, et vous êtes à peu près certain de la sortir intacte en employant une traction douce et continue; tandis qu'avec le bistouri, on ne saurait à quelle distance on doit poursuivre la dissection. Cela fait, épongez avec soin

et, lorsque vous n'avez pas le moindre suintement sanguin, cautérisez énergiquement soit au moyen de caustiques, soit, et mieux, au moyen du fer rouge. Le rapprochement des deux lèvres de la plaie n'est possible qu'autant qu'il s'agit d'une tumeur de petite dimension, et encore les tiraillements d'une peau sèche et rugueuse ne sont pas sans offrir des inconvénients sérieux.

Faites un pansement antiseptique et surveillez la plaie, car vous pouvez quelquefois être obligé de recourir à des cautérisations ultérieures.

S'il existe un kyste, enlevez les parois, puis, comme dessus, les caustiques ou le fer rouge.

Quand la plaie se transforme en néoplasme malin, ou quand ce dernier se développe quelque temps après l'ablation, vous traitez l'ulcération par les moyens habituels employés dans des affections de cette nature.

CONCLUSIONS.

- 1° L'homme est sujet à des productions cornées anormales.
- 2° Les deux sexes y sont également exposés.
- 3° Elles se rencontrent à tout âge, mais surtout chez les vieillards.
- 4° Les cornes naissent sur toutes les parties du corps, mais le plus souvent à la tête.
- 5° Elles sont uniques ou multiples.
- 6° Simples ou composées; plusieurs quelquefois ont leur origine sur une même base.
- 7° Leurs dimensions varient depuis une tête d'épingle jusqu'au volume d'une corne de béliet.
- 8° Elles vont en se rétrécissant de la base au sommet.
- 9° Pointues en général à leur extrémité supérieure, elles offrent parfois, mais rarement, un renflement à ce dernier point.
- 10° La douleur qu'elles occasionnent est nulle; et, si elle existe, ne peut provenir que des déchirures ou de l'inflammation de leur point d'implantation.
- 11° Elles terminent de trois manières différentes:
 - 1° Par la guérison, très-rarement.
 - 2° Par la reproduction, quelquefois.

3° Par la transformation de leur point d'implantation en néoplasme malin, ce qui est le cas ordinaire.

12° L'opération qu'elles réclament est une double incision circonscrivant la base de l'excroissance, incision suivie de l'arrachement et de la cautérisation actuelle énergique.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 octobre 1887.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 octobre 1887.
Le Doyen,
CASTAN.

OUVRAGES A CONSULTER

- Ingrassias.** — De tumore prætern. t. i, p. 336, 1553.
- Fabrice de Hilden.** — Cent. II, Obs. 25, Francfort-sur-le-Mein 1646.
- Malpighi.** — De cornuum vegetatione; in Mangeti Bibl. anat., p. 38. Genève 1685, in-fol.
- St-Georges Ash.** — Philosoph. Transact., N° 176, p. 1282, 1685.
- Locke.** — *Ibid.* N° 230, 1685.
- Muscœus.** — De unguibus monstruosis et Cornuum productione in puellâ cornigerâ, Copenhague 1716.
- Dumonceau.** — Journal de Vandermonde, t. xiv, p. 145, 1761.
- Gastellier.** — Mémoires de Société de médecine, 1776.
- Vicq d'Azyr.** — Hist. de la Soc. Roy. de Méd., p. 295, 1777-78 et p. 494, 1780.
- Heverard Home.** — Philos. Transact., t. LXXXI, p. 95, 1791.
- Parkinson.** — Mémoires of the Med. Soci. of London, vol. VI et Dict. des Sci. Méd., t. vi, p. 346, 1813.
- Otto.** — Seltene Beobachtungen, cah. 1, p. 109, Breslau 1816.
- Meckel.** — Sur les cornes accidentelles en général, et en particulier sur celles qui viennent au gland chez l'homme. (Journ. compl. du Diction. des sc. méd., t. iv, p. 95, année 1819. Pathol. anat., t. II, p. 276, 1819.
- Ernst.** — De Corneis humani corporis excrescentiis. In dissert. inaug., Berolini 1819.
- Astley Cooper.** — Surg. Essay., t. II, p. 233. Trad. de Chassaignac et Richelot, Paris 1820.
- Dauxais.** — Thèses de Paris 1820, N° 253.
- Bertrand.** — Note sur une production cornée. In arch. génér. de méd. 1824, 1^{re} série, t. v, p. 534.
- Boyer.** — Traité des mal. chirur., t. XI, p. 127, 1826.
- Behrends.** — Description d'excroissances en forme de tubercules, développées aux mains et aux pieds du nommé Laurent Ruff, par le docteur J.-B. Behrends, publiée en allemand après la mort de l'auteur par W. Scemmering, Francfort 1825. Archiv. génér. de méd., t. XIII, p. 260, 1827.
- Richond-des-Brus.** — Histoire de trois cas rares. Corne développée sur le gland. In arch. de méd., t. xv, p. 218, 1827.
- Roche et Sanson.** — Nouv. élém. de patho. méd. et chir., t. III, p. 5 et 9, 1828.

- Westrump.** — Remarques sur le développement des productions cornées anormales dans le corps humain. In *Journal de méd.*, t. xxxii, p. 331, 1828.
- Dublanc.** — Anal. des cornes humaines. *Bull. des sci. méd. de M. de Ferrusac*, t. xxiii, p. 2 et *Journal de Pharmacie*, N° de mars 1830.
- Alibert.** — Clinique de l'hôpital Saint-Louis ou traité complet des maladies de la peau, p. 354. Paris 1833.
- Rayer.** — Traité théorique et pratique des maladies de la peau (2^e éd.), t. III, p. 640, Paris 1835.
- Breschet.** — Dict. de méd. en 30 volumes, t. ix, p. 113, Paris 1835.
- Wagner.** — Handwörterbuch der Physiologie, 7^{te} Liefer, Art. Haut. S. 118.
- Nélaton.** — Elém. de path. chirurg., t. I, p. 388, Paris 1844.
- Rokitansky.** — Handbuch der Path. Anat., Bd I, S. 291, 1846.
- Simon.** — Die Hautkrankheiten, p. 226, Berlin 1851.
- Moutet.** — Du cancer externe, thèses de Montpellier, 16 janvier 1852. *Bulletin de la Société anatomique de chirurgie de Paris*, 27^e année, p. 256, 1852; 28^e année, p. 227, 1853; 29^e année, p. 235, 1854; 48^e année, p. 733, 1873.
- Vidal de Cassis.** — Traité de path. ext. (4^e éd.), t. I, p. 527, Paris 1855.
- Lebert.** — Traité d'anat. path. générale et spéciale, t. I, p. 130, Paris 1857.
- Heschl.** — Die Hauthörner. In *Österr. Zeitschr. f. pract. Heilk.*, vol. IV, 1859.
- Courtois.** — Observ. d'un kyste sébacé, etc. In *Bull. de soc. de chir. de Paris*, 2^e série, t. III, p. 534, 1862.
- Demarquay.** — Tableau des principales observations de productions cornées. In *Bull. de soc. de chir.*, 2^e série, t. III, p. 552, 1862.
- Corlieu.** — *Bull. de soc. de méd. pratique*, p. 31, 1863. et *Gazette des hôpitaux*, 1863.
- Follin.** — Pathologie externe, t. I, p. 513.
- Eloffé.** — Hist. nat. des cornes, Paris 1866.
- Ziegler.** — Lehrbuch der spec. path. anat., p. 161, 1866.
- Erasmus Wilson.** — Disease of the skin, London 1867.
- Heurtaux.** — Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques, t. IX, p. 468.
- Hessberg.** — Beitrag zur Kenntniss der Hauthörner von Menschen und Thieren. Inaugur. Dissert., Güttingue 1868.
- Shaw Henry.** — Case of Cutaneous Horn of the eyelid. *Med. und surg. Journ.*, Boston, Feb. II, 1869.
- Filthner.** — Umschriebene Ichthyosis Cornea. *Arch. f. dermat. Hft.* 2, p. 653, Saint-Petersbourg 1870.
- Bergh R.** — Tilfælde of Hudhorn. *Hosp. Tid.*, p. 49 et 50, 1872.
- Pick F. J.** — Zur Kenntniss der Keratosen. *Vierteljahrssch. f. dermat. und syph.*, p. 315, 1875.
- Jentye.** — Cornu cutaneum. *Medycyna*, N° 50, 1875.

- Bätge A.** — Zur casuistik multipler Keratosen, vol. VI, 1876.
- Kelsch.** — Diction. encyclop. des sc. méd. de Dechambre, t. xx, p. 463, Paris 1877.
- Neumann.** — Traité des maladies de la peau, p. 337, 1880.
- Kaposi.** — Traité des maladies de la peau, t. II, p. 94, 1881.
- Gross Samuel.** — A system of surgery, vol. I, p. 608, 1882.
- Duhring** — Traité des maladies de la peau, p. 448, 1883.
- Poulet et Bousquet.** — Nouveaux éléments de path. externe, t. I, p. 330, Paris 1885.
- Hueter.** — Grundriss der Chirurg., vol. I, p. 348, 1885.
- Elliot Georges.** — Keratosis sebacea: A case associated with hypertrichosis. Medical Record xxxix, New-York, 3 janvier 1886.
- Perls.** — Lehrbuch der Ally. path., p. 305, 1886.
- Dubrandy et Vidal.** — Prod. cornée du cuir chevelu. Bull. de l'acad. de méd., 2^e série, vol. xv, p. 688, 11 mai 1886.
- Trèves Frédéric.** — A manuel of surgery, vol. II, p. 368, 1886.
- Brinton.** — American association of genito-urinary surgeons, mai 1887.
- Bouchard.** — Nouv. élém. de path. ext., t. I, fasc. II, p. 359, 1887.
- Forster.** — Manuel d'anat. pathol., p. 470.
- Boegehold.** — Un cas d'ichthyose cornée, vol. LXXIX, p. 545.
-

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
